



Vor- und Nachname: _____	Festnetz: _____
Geburtsdatum: _____	Handy: _____
Anschrift: _____	Arbeit: _____
_____	E-Mail-Adresse: _____

Anamnese			
Bitte zutreffendes ankreuzen:			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Ja, ____ Zigaretten tgl.	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Asthma, chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten, z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge: _____			
Wann war die letzte Mammographie (Röntgen der Brust): _____			
Hatten Sie eine Darmspiegelung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann: _____			
Wann war der erste Tag der letzten Periode? _____		In welchen Abständen kommt die Periode? _____	
Haben oder hatten Sie Blutungsstörungen? (z.B. Schmierblutungen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Haben Sie Schmerzen vor, während oder nach der Periode? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie die Pille ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche: _____		Haben Sie Probleme beim Wasserlassen oder Wasserhalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie bereits Kinder geboren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie viele: _____		Gab es Schwierigkeiten während der Schwangerschaft oder bei den Geburten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hatten Sie Fehlgeburten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie viele: _____		→ bitte wenden	



Anamnese Bitte zutreffendes ankreuzen:	
Waren Sie schon einmal stationär in der Frauenklinik? Wenn ja, wann und warum: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____	Hatten Sie schon einmal eine Brust- oder Unterleibserkrankung oder Operation? Wenn ja, welche, wann und wo wurde operiert. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____
Welche sonstigen ernsthaften Krankheiten oder Operationen hatten Sie? (Welche, wann, und wo wurde operiert) _____ _____ _____	Gab oder gibt es in Ihrer Familie bösartige Erkrankungen? Wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente (auch eventuelle Selbstmedikationen) bitte auf: _____ _____
Welche Informationen haben Sie noch für Ihre Frauenärztin? (Allergien o.Ä.)	_____ _____ _____

Von Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenversicherung benötigen wir die Versicherungskarte bei jedem ersten Besuch im Quartal in unserer Praxis. Liegt uns diese **10 Tage** nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung von uns.

Datum _____ Unterschrift _____

Der Erfolg einer Behandlung hängt wesentlich von der Einhaltung und tatsächlichen Durchführung der vereinbarten Termine ab.

Um sicherzustellen, dass möglichst geringe Wartezeiten während Ihres Besuches in unserer Praxis entstehen, bitten wir Sie pünktlich zu Ihrem Termin zu erscheinen.

Wir weisen darauf hin, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. Wir behalten uns vor, die Ausfallzeit für nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen (50€).

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____